

## SUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN

Peruutan aiemmin antamani luvan terveydenhuollon asiointiin hoitamista varten.

### Potilas/Asiakas

Nimi	Puhelinnumero	Henkilötunnus
------	---------------	---------------

Peruutan suostumukseni siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani sähköistä asiointia Espoon terveyskeskuksessa. Tämä peruutus koskee seuraavia palveluita:

- Terveydenhuollon ajanvaraus (sisältää esitiedot ja matkailijarokotuksen)
- Omahoito ja Terveyskansio
- Tekstiviestimäistutus
- Esitiedot

Peruutus koskee seuraavan henkilön lupaa toimia puolestani yllämainituissa asioissa:

### Peruutusta koskevan henkilön tiedot

Nimi	Puhelinnumero	Henkilötunnus
------	---------------	---------------

Peruutuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

### Allekirjoitus ja päiväys

Paikka ja päivämäärä	Peruutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------------	---